



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

TÍTULO

Impacto de la intervención educativa en los pacientes de los clubes de diabéticos de los centros de salud Carlos Elizalde, el Valle y San Pedro del Cebollar, Distrito 01D02, Cuenca, 2018

Proyecto de investigación previo
a la obtención del título de Médico.

AUTORAS:

PAMELA BELÉN GALARZA PANGOL CI: 0105718969

CRISTINA FERNANDA MOROCHO PINDO CI: 0105716997

DIRECTORA:

DRA. MARCIA GABRIELA JIMÉNEZ ENCALADA CI: 0104210133

ASESORA:

DRA. PAOLA KARINA OJEDA ORELLANA CI: 0103280004

CUENCA - ECUADOR

2018



RESUMEN

Antecedentes: en 2015, hubo 415 millones adultos entre 20 y 79 años con diabetes a nivel mundial, frente a los 108 millones de 1980. Elevadas cifras de incidencia en diabetes sugieren que los pacientes carecen de conocimientos necesarios para realizar un adecuado control.

Objetivo general: evaluar el impacto de la intervención educativa en los pacientes de los clubes de diabéticos de los centros de salud Carlos Elizalde, el Valle y San Pedro del Cebollar, Distrito 01D02, Cuenca, 2018.

Metodología: fue un estudio cuasi-experimental, que evaluó a 107 diabéticos de tres clubes del Distrito 01D02, Cantón Cuenca; mediante el “Cuestionario de actividades de autocuidado en diabetes (SDSCA)”. La intervención se desarrolló en tres sesiones. Los datos fueron analizados en SPSS. Las variables demográficas se analizaron mediante estadística descriptiva, para el resto de variables se emplearon: media, valores mínimos y máximos mediante tablas; y para el impacto, la escala de McNemar.

Resultados: La población, conformada por 107 pacientes que acudieron a los clubes de diabéticos el período de Marzo – Junio, 2018, fueron en su mayoría mujeres, de 65 años o más, casados, pertenecientes a la clase obrera, con básica completa y sobrepeso. Previo a la intervención educativa, el 21.5% tenían buenas prácticas de autocuidado, posterior a la misma, incrementó a 52.3%.

Conclusiones: los programas educativos mejoran las prácticas de autocuidado y debe ser considerado un elemento esencial en el control de su enfermedad, al hacerlos partícipes en su tratamiento.

PALABRAS CLAVES: AUTOCUIDADO, DIABETES MELLITUS TIPO 2, EDUCACION EN SALUD, CLUB DE DIABETICOS, CENTROS DE SALUD.



ABSTRACT

Background: in 2015, according to the International Diabetes Federation, there were 415 million adults between 20 and 79 years of age diagnosed with diabetes worldwide, compared to 108 million in 1980. Considering that self-care is an important part of the treatment and control of hyperglycemia, these figures suggest that patients lack the knowledge necessary to perform an adequate control of their disease.

Objective: to evaluate the impact of the educational intervention on the patients of the diabetic clubs of the health centers Carlos Elizalde, El Valle and San Pedro del Cebollar, District 01D02, Cuenca, 2018.

Methodology: a quasi-experimental study was conducted, in which 107 diabetic patients belonging to three clubs of District 01D02 of Canton Cuenca were evaluated; through the "Diabetes self-care activities questionnaire (SDSCA)". The educational intervention was developed in three sessions, of 45 minutes each, in the fourth session the same questionnaire was applied. The data were analyzed in the statistical program SPSS. The demographic variables were analyzed by descriptive statistics: frequency and percentages. For the rest of the variables, the statistical measures that were used were: average, minimum and maximum values through tables; and to evaluate the impact, the McNemar scale was used.

Results: The study population consisted of 107 patients with diabetes mellitus type 2 who attended the diabetic clubs during the March - June period of 2018, with 81.31%, the majority were women, 64.69% were 65 years or older, the predominant marital status was married with 5.07%, 46.7% belonged to the IV social stratum (working class), 32.71% had completed basic education followed by 28.97% with no level of education. The overweight people were 45.79%. Prior to the educational intervention, 21.5% had good self-care practices, while after that, it increased to 52.3%.

KEYWORDS: SELF-CARE, DIABETES MELLITUS TYPE 2, HEALTH EDUCATION, HEALTH EDUCATION, DIABETIC CLUB, HEALTH CENTERS.



CONTENIDO

RESUMEN	1
ABSTRACT	3
AGRADECIMIENTO	10
DEDICATORIA	11
DEDICATORIA	12
CAPÍTULO 1	13
1.1 INTRODUCCIÓN	13
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
1.3 JUSTIFICACIÓN	16
CAPÍTULO 2	18
2. FUNDAMENTO TEÓRICO	18
INTERVENCIÓN EDUCATIVA	18
CUESTIONARIO DE ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO EN DIABETES (SDSCA)	20
CAPÍTULO 3	26
3. OBJETIVOS	26
3.1 Objetivo general	26
3.2 Objetivos específicos	26
CAPÍTULO 4	27
4.1 TIPO DE ESTUDIO	27
4.2 ÁREA DE ESTUDIO	27
4.3 UNIVERSO	27
4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	27
4.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	27
4.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	28
4.5 VARIABLES.	28
4.5.1 Operacionalización de variables.	28
4.6 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	28
4.7 TABULACIÓN Y ANÁLISIS	31
4.8 ASPECTOS ÉTICOS	31
CAPITULO V	32
RESULTADOS	32
	4



CAPÍTULO VI	39
DISCUSIÓN	39
CAPÍTULO VII	43
CONCLUSIONES	43
RECOMENDACIONES	44
CAPÍTULO VIII	45
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45
CAPÍTULO IX	51
ANEXOS	51



DERECHOS DE AUTOR

Yo, CRISTINA FERNANDA MOROCHO PINDO, autora del proyecto de investigación "IMPACTO DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN LOS PACIENTES DE LOS CLUBES DE DIABÉTICOS DE LOS CENTROS DE SALUD CARLOS ELIZALDE, EL VALLE Y SAN PEDRO DEL CEBOLLAR, DISTRITO 01D02, CUENCA, 2018", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base a Art. 5 literal c, de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este proyecto de investigación por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médico. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 29 de octubre de 2018.



CRISTINA FERNANDA MOROCHO PINDO

CI: 0105716997



LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL.

Yo Cristina Fernanda Morocho Pindo, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación **"IMPACTO DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN LOS PACIENTES DE LOS CLUBES DE DIABÉTICOS DE LOS CENTROS DE SALUD CARLOS ELIZALDE, EL VALLE Y SAN PEDRO DEL CEBOLLAR, DISTRITO 01D02, CUENCA, 2018"**, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines necesariamente académicos.

Autorizo a la Universidad de Cuenca para que se realice la publicación de este proyecto de investigación para la titulación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 29 de octubre del 2018

Cristina Fernanda Morocho Pindo

CI: 0105716997



DERECHOS DE AUTOR

Yo, PAMELA BELÉN GALARZA PANGOL, autora del proyecto de investigación "IMPACTO DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN LOS PACIENTES DE LOS CLUBES DE DIABÉTICOS DE LOS CENTROS DE SALUD CARLOS ELIZALDE, EL VALLE Y SAN PEDRO DEL CEBOLLAR, DISTRITO 01D02, CUENCA, 2018", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base a Art. 5 literal c, de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este proyecto de investigación por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médico. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 29 de octubre de 2018.

PAMELA BELÉN GALARZA PANGOL

CI: 0105718969



LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL.

Yo Pamela Belén Galarza Pangol, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación **"IMPACTO DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN LOS PACIENTES DE LOS CLUBES DE DIABÉTICOS DE LOS CENTROS DE SALUD CARLOS ELIZALDE, EL VALLE Y SAN PEDRO DEL CEBOLLAR, DISTRITO 01D02, CUENCA, 2018"**, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines necesariamente académicos.

Autorizo a la Universidad de Cuenca para que se realice la publicación de este proyecto de investigación para la titulación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 29 de octubre del 2018

Pamela Belén Galarza Pangol

CI: 0105718969



AGRADECIMIENTO

El presente trabajo se lo ha realizado con mucho esfuerzo y no lo hubiéramos logrado sin el apoyo incondicional de varias personas. Primero agradecemos a Dios por darnos la vida y la sabiduría para llegar a cumplir esta gran meta y por guiarnos durante el transcurso de la carrera. De igual manera agradecemos a nuestros padres que han sido el pilar fundamental en nuestras vidas, a nuestros hermanos por su apoyo en todo momento, a la familia por sus consejos y ánimos en cada paso que hemos dado y finalmente a nuestros amigos por formar parte de esta gran trayectoria que está por culminar.

A nuestra directora de tesis, Dra. Gabriela Jiménez y nuestra asesora, Dra. Karina Ojeda, quienes con su valiosa asesoría, han sido un apoyo primordial en el desarrollo de esta investigación.

Las autoras



DEDICATORIA

Dedico este proyecto de investigación a toda mi familia, especialmente a mis padres María y Enrique, a mi hermana Marcela, a mi querido sobrino Luis Mario, mi prima Katherine y a mi amiga Alexandra, quienes con sus consejos, comprensión, confianza y apoyo incondicional en el camino recorrido me han motivado a seguir adelante y son mi inspiración para seguir cumpliendo metas y sueños.

Cristina



DEDICATORIA

Dedico este proyecto de investigación a mi adorada familia, mi gran inspiración y orgullo. Pero es de especial mención mi querida madre, Beatriz, quien me ha apoyado incondicionalmente en cada paso que me he atrevido a dar a lo largo de mi carrera, que me ha motivado y alentado para continuar y siempre mejorar en cada decisión y acción, que me ha enseñado que, con perseverancia y esfuerzo, grandes cosas pueden ser alcanzadas. También dedico esta investigación a mis queridos hermanos, que con su comprensión y apoyo una meta más está por cumplirse. De igual manera quiero agradecer a mis dos grandes amigas, Angélica y Jéssica, con quienes he compartido los mejores momentos dentro y fuera de la institución, pero principalmente han sido una fuente de apoyo y cariño.

Pamela



CAPÍTULO 1

1.1 INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas no transmisibles se han convertido en un problema de salud pública, debido a que afectan tanto a las personas que las padecen como al estado socioeconómico tanto local y mundial. En el 2012, se registraron 56 millones de defunciones, de las cuales el 68% fueron a causa de enfermedades no transmisibles, de estas, las dos terceras partes se originaron en países de ingresos medios y bajos, siendo las causas más frecuentes patologías prevenibles como enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades pulmonares crónicas(1).

La prevalencia mundial reportada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2014 fue del 9%, convirtiendo a la diabetes como una de las enfermedades crónicas con mayor prevalencia. En nuestro país, entre el 85 y el 95% corresponden a la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM 2)(2).

Se han descrito factores de riesgo para el desarrollo de la diabetes y sus complicaciones, siendo estos en su mayoría modificables, tales como la alimentación inadecuada, el sedentarismo, el sobrepeso y la obesidad, el consumo de tabaco y alcohol, el consumo excesivo de sal, azúcar, grasas saturadas y ácidos grasos trans. Entre los factores de riesgo no modificables se encuentran la herencia, la genética, la edad, el género y la etnia que intervienen en la aparición de la enfermedad desde la concepción del ser humano, y va desarrollándose durante todo el ciclo de vida. La aparición de la enfermedad a edades más tempranas se ve influenciada por determinantes sociales tales como hábitos, la cultura y el estrés (2).

Por el contrario, mantener una dieta saludable, control de la glucosa en sangre, uso de medicamentos, actividad física regular, cuidado de los pies y comportamiento saludable, son aspectos imprescindibles en el autocuidado de la DM 2. Por esta razón, implementar estrategias y estimular el autocuidado se vuelve una tarea de gran relevancia tanto para el personal de salud como para el paciente (3).



El equipo multidisciplinario de salud debe promover el desarrollo de habilidades de autocuidado con respecto al tratamiento, modificación o mantenimiento de hábitos saludables. Por lo tanto, el autocuidado es un comportamiento aprendido que es realizado por los individuos para su propio beneficio (3).

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el 2015, según la Federación Internacional de Diabetes, existieron 415 millones de adultos entre los 20 y 79 años con diagnóstico de diabetes a nivel mundial. Se estima que para el año 2040 existirán en el mundo 642 millones de personas con esta enfermedad. Actualmente, en nuestro país la prevalencia de la enfermedad en adultos entre 20 a 79 años es del 8.5 % (8).

Uno de cada quince adultos tiene intolerancia a la glucosa, y uno de cada siete nacimientos ha sido afectado por la diabetes gestacional, por lo que tienen mayor riesgo de desarrollar DM 2; además, existen casos aún no diagnosticados dándoles un mayor riesgo de desarrollar complicaciones(1)(4).Según los datos obtenidos por el INEC en el año 2016, las enfermedades isquémicas del corazón ocupan el primer lugar de defunciones tanto en hombres como en mujeres y en el segundo y tercer lugar se encuentra la diabetes mellitus como causa de mortalidad en mujeres y hombres respectivamente (5).

La diabetes mellitus (DM) trae repercusiones económicas tanto en el paciente, en su familia y en el sistema sanitario. En México, se estima un valor de 1563 millones de dólares correspondientes a egresos hospitalarios de diabetes mellitus. Cuyo valor más elevado fue atribuible a las complicaciones circulatorias periféricas correspondientes al 34.8%. (6). En los países en vías de desarrollo, la mayoría de los pacientes con diabetes tienen entre 45 a 64 años de edad; mientras que, en los países desarrollados, la mayor parte de los casos se hallan sobre los 64 años(7)(8).

La prevalencia en Norte América y el Caribe es alta, uno de cada ocho adultos tiene la enfermedad. En el 2015, en el Sur y Centro América, se estimó que 29,6 millones de personas, presentan la enfermedad. En el 2014 en Ecuador, la



DM 2 fue la segunda causa de mortalidad (6.99%), siendo la primera causa femenina (8.41%) y la tercera masculina (5.84%). La cantidad de muertes ha aumentado considerablemente con el tiempo, el mayor número fue en el Guayas con 1879 muertes, a diferencia de la provincia del Azuay con 122 muertes, 88 a nivel urbano y en 34 a nivel rural (9).

Existen numerosos estudios acerca del impacto de la intervención educativa en diabéticos, como uno de tipo experimental realizado en Irán, donde se evaluó los conocimientos, actitudes y prácticas de 200 pacientes diabéticos, en el que se evidenció que los niveles de buenos conocimientos, actitudes y prácticas post intervención fueron de 61.41%, 50.44% y 52.23%, respectivamente, demostrando la eficacia de los programas educativos (10).

Mientras que, en Cuba la intervención educativa en 36 pacientes diabéticos mejoró en el 100 % el nivel conocimientos sobre diabetes, actividad física y el cuidado de los pies; por lo tanto, tuvo efectos positivos al mejorar el nivel de conocimientos de su enfermedad y autocuidado (11).

A nivel local se ha demostrado que existe un bajo nivel de conocimientos en diabetes por parte de los pacientes y que la intervención educativa aumenta de manera significativa este nivel; como en Guayaquil, mediante un estudio experimental de casos y controles, con dos grupos de 35 pacientes con DM 2 respectivamente, se evaluó el efecto de la intervención educativa sobre el nivel de conocimientos, el control metabólico y el estado nutricional. Los cambios después de 4 meses de intervención se vieron reflejados en la disminución de los valores de colesterol, triglicéridos, glucosa y hemoglobina glucosilada en comparación al grupo control; de igual manera incrementó el nivel de conocimientos de la enfermedad de un 28.6% a 57.1%(12).

De igual manera en Cuenca, se determinó que el nivel de conocimientos sobre diabetes en 289 pacientes con DM2 que acudieron a atención ambulatoria al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social fue adecuado en el 1,4%; intermedio de 61% e inadecuado de 77,5%, las actitudes positivas 88,2%, neutra 6,6% y negativas 5,2%. Muy buenas prácticas se determinaron en 5.5%, buenas prácticas en 67.1%, y malas prácticas en 27.3% (13).



Los resultados expuestos anteriormente indican que los pacientes no están educados en lo que respecta a su enfermedad, y esto refleja la importancia de la intervención educativa debido a que, al aumentar los conocimientos en diabetes, también contribuye a mejorar el nivel de control metabólico y nutricional, y a reducir los gastos en salud.

Por tal motivo, el propósito de nuestro estudio fue conocer: ¿cuál es el nivel de conocimientos de los pacientes de los clubes de diabéticos? y ¿cuál es el impacto del proceso educativo en los clubes de diabéticos?

1.3 JUSTIFICACIÓN

La DM es causante de aproximadamente 4.6 millones de defunciones al año y está dentro de las 10 primeras causas de discapacidad a nivel mundial, por lo que es importante un diagnóstico temprano, un adecuado control y la prevención de nuevos casos, así como de sus complicaciones. La DM fue reportada en el 2014 como la segunda causa de mortalidad en el Ecuador según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (14).

Durante esta última década, los equipos de atención primaria han tomado el control de la mayoría de los diabéticos tipo 2 y se ha hecho necesario introducir progresivamente actividades de promoción y educación en salud (15).

La Guía de Práctica Clínica de Diabetes Mellitus recomienda la aplicación de intervenciones educativas en pacientes con DM 2 como base de la educación de esta enfermedad. La misma que debe ser impartida por el médico o por el personal capacitado, se encargará de realizar el seguimiento del paciente, lo educará acerca de los beneficios de realizar actividad física, mantener buenos hábitos dietéticos, no consumir tabaco, reducir o evitar ingerir alcohol, entre otros, y además la guía sugiere la creación de grupos de apoyo de pacientes crónicos para el primer y segundo nivel de atención en salud (14).

Por lo que se ha implementado clubes de diabéticos con la finalidad de brindar un servicio de atención primaria permanente y cumplir todos estos objetivos.

Las personas con DM pueden o no tener los conocimientos adecuados acerca de la enfermedad, del tratamiento, de sus complicaciones, del uso de la



medicación y de cómo la alimentación y la actividad física influyen en esta; por tal motivo consideramos que los pacientes necesitan adquirir mayor información acerca de estos aspectos, siendo así la intervención educativa una herramienta adecuada para el control de su enfermedad; ya que permite un adecuado control de la enfermedad, prevención de complicaciones agudas, disminuir el riesgo de complicaciones crónicas y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Al evaluar el impacto de la intervención educativa podemos corroborar si existen o no cambios en el conocimiento de la diabetes, pues se verán reflejados en sus actividades de autocuidado.

La Guía de la Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD) sugiere que además de los conocimientos básicos sobre la diabetes, se debe incorporar aquellos concernientes a la prevención y educación en las facultades de medicina y ciencias de la salud (15).

Como estudiantes de medicina queremos potenciar el trabajo de cada club, con el propósito de informar y motivar a los pacientes a cambiar y a llevar prácticas adecuadas y estilos de vida saludables. También nos permitirá vincularnos con la comunidad, implementar proyectos para trabajar de manera integral con los pacientes diabéticos, sugerir a los responsables de los clubes un mayor enfoque en ciertos aspectos en los que haya deficiencia y además promover la investigación en este campo.



CAPÍTULO 2

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

INTERVENCIÓN EDUCATIVA

La educación para la salud en pacientes diabéticos se define como “un proceso continuo de facilitar el conocimiento, la habilidad y la capacidad necesaria para el autocuidado de las personas que son diagnosticadas con diabetes mellitus, la cual surte un efecto positivo, reduciendo las tasas de morbilidad innecesarias debidas a un control glucémico deficiente”. Por ello, es fundamental que el paciente comprenda por qué debe mantener un buen control glucémico, saber cómo conseguirlo y conocer las estrategias adecuadas para resolver los problemas que se le presentan (17).

En los años 90, la publicación de los estudios UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) y Diabetes and Control Diabetes Trial (DCCT) cambió la dirección de la atención del paciente con diabetes, dándole la importancia correspondiente a la educación (22).

El objetivo primordial de la educación en diabetes es que el paciente logre obtener y mantener conductas adecuadas para el manejo óptimo de su enfermedad, así como garantizar el autocuidado de las personas diabéticas en el control y tratamiento eficaz. Estas personas deben adquirir conocimientos y desarrollar destrezas, además tomar diariamente decisiones relativas a modificar su estilo de vida. Tanto los servicios de salud públicos y privados deben entregar programas de educación desde que el paciente ha sido diagnosticado, el cual debe ser un programa planificado, estructurado, de amplio alcance, flexible en su contenido, que responda a las necesidades culturales, nutricionales, farmacológicas y psicológicas de un individuo, y que se adapte al nivel educativo y cultural de los pacientes, considerando que todos los escenarios pueden ser una buena instancia para la educación en diabetes(17)(18).



La educación sobre la diabetes es parte fundamental del tratamiento de la misma, requiere una variedad de intervenciones y herramientas, dentro de estos están los programas educativos y los test acerca de diferentes aspectos relacionados con la diabetes. La información que se brinda debe ser accesible y basada en evidencia para pacientes, personal de salud y público en general, con el fin de prevenir y controlar esta enfermedad. Se han desarrollado una serie de herramientas y programas de autocuidado para alcanzar los objetivos de control metabólico, es decir, la prevención de las complicaciones a largo plazo, y además permite detectar la presencia de la enfermedad en el núcleo familiar o en la población en riesgo (19).

Esto incluye herramientas para educar y capacitar a los pacientes e involucrar al personal de salud, hacer frente a su enfermedad, llevar una buena alimentación, hacer actividad física y participar en comportamientos cotidianos como la adherencia a la medicación, el cuidado de los pies y sus controles médicos(19).

La guía ALAD menciona que, mediante el proceso educativo, los pacientes pueden involucrarse de manera activa con su tratamiento y les permite definir los objetivos y medios para lograrlos de común acuerdo con el equipo de salud, impartiendo la educación complementaria tanto de forma individual y grupal.

Los objetivos del proceso educativo son:

- Lograr un buen control metabólico.
- Prevenir complicaciones.
- Cambiar la actitud del paciente hacia su enfermedad.
- Mantener o mejorar la calidad de vida.
- Asegurar la adherencia al tratamiento.
- Lograr la mejor eficiencia en el tratamiento teniendo en cuenta costo-efectividad, costo-beneficio y reducción de costos.
- Evitar la enfermedad en el núcleo familiar (16).

Uno de los mayores obstáculos en los pacientes diabéticos es su nivel de alfabetización, debido a que tienen gran dificultad para entender los conceptos de la diabetes y los cambios que deben realizar para controlar su enfermedad (20).



La evaluación del conocimiento sobre la diabetes de un paciente en particular utilizando un conjunto de preguntas básicas puede ayudar a evaluar objetivamente el enfoque necesario para ese paciente. En la práctica se necesitan herramientas que puedan ayudar a los educadores de diabetes a obtener información básica y de seguimiento sobre el conocimiento (21).

S.A. Brown et al. señala que la educación terapéutica del paciente debe seguir un programa planificado y estructurado que sea de amplio alcance, flexible en el contenido, que responda a las necesidades culturales, nutricionales, farmacológicas y psicológicas del individuo, y adaptable al nivel educativo y cultural del paciente (22).

CUESTIONARIO DE ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO EN DIABETES (SDSCA)

El “Cuestionario de actividades de autocuidado en diabetes (Summary of Diabetes Self-Care Activities Assessment, SDSCA)” fue desarrollado por los científicos de Oregon Research Institute, Deborah Toobert, Ph.D., Sarah Hampson, Ph.D., y Russell E. Glasgow, de la University of Colorado School of Medicine; es probablemente el instrumento de auto-reporte más utilizado para medir el autocontrol de la diabetes en adultos (23). La investigación para el SDSCA fue apoyada desde 1983 hasta 2009 por los Institutos Nacionales de Salud (24).

El SDSCA una herramienta de autoevaluación de la diabetes, formado originalmente por 5 ítems que evalúan los siguientes aspectos: dieta general, dieta específica, ejercicio, medicación y análisis de glucosa en sangre; sin embargo, en la versión revisada incluyen el cuidado de los pies debido a su importancia en la diabetes y el tabaquismo que aumenta el riesgo de enfermedades cardiovasculares y de esta manera se dará el asesoramiento adecuado (23).

El autocuidado es multidimensional, debido a que intervienen varios aspectos, por lo que es necesario evaluar cada componente por separado y luego combinar puntuaciones entre estos componentes (23).



El SDSCA ha sido sometido a dos conjuntos de validaciones, uno con tres estudios (1994) y uno con siete estudios (2000)(24).

En el año 2000, el metaanálisis “The Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure” realizado por Deborah Toobert, Sarah Hampson, y Russell E. Glasgow analizó 7 estudios donde se demuestra que el SDSCA es una medida multidimensional del autocuidado de la diabetes con una confiabilidad interna adecuada, y evidencia de validez y sensibilidad al cambio. El pequeño número de correlaciones significativas entre las subescalas de SDSCA y las características de los participantes demuestra que el SDSCA puede generalizarse a diferentes subpoblaciones de diabetes, ya que poseen características similares como son el estado nutricional, el sexo, el número de enfermedades comórbidas y la duración de la diabetes (25).

Todos los puntajes de escala varían de 0 a 7, con puntajes más altos que sugieren un mejor autocuidado.

La validez de la traducción del test al español se realizó en Arizona, cada ítem evaluado se calificó de la siguiente manera con respecto a su original en inglés: exactamente equivalentes (4), casi equivalentes (3), algo diferente (2), y no equivalente (1), todos los ítems, se consideraron equivalentes o casi equivalentes. Además, la legibilidad se evaluó mediante el método de Fernández-Huerta, con un puntaje de 87, lo que indica una lectura fácil (25).

La estabilidad interna fue determinada en 10 adultos hispanohablantes con DM2. El cuestionario se lo realizó por dos ocasiones, con una semana de diferencia, además se dio lectura para aquellos pacientes que no sabían leer, escribir o tenían problemas visuales a causa de la diabetes. Para determinar la consistencia interna, se aplicó el cuestionario en una muestra más grande ($n = 36$), se respondieron preguntas generales, y se hizo notas sobre los aspectos problemáticos; los mismos que fueron posteriormente revisados por el equipo de investigación. La solidez psicométrica se evaluó mediante la combinación de datos de tres estudios ($n = 66$), que se combinaron para el análisis de la confiabilidad y validez de la traducción al español (25).



La traducción al español de la SDSCA tuvo un buen desempeño, y no hay una diferencia significativa entre las versiones en inglés y español, tiene altos niveles de validez conceptual y de contenido; el contenido conceptual es similar al de la versión original. Además, las correlaciones test y re-test fueron altas ($M = 0.84$), lo que indica estabilidad a lo largo del tiempo (26).

Así mismo, el cuestionario fue validado en una población de Colombia. Fue aplicado en la clínica de enfermedades crónicas Colsubsidio, en la ciudad de Bogotá, Colombia, entre marzo y abril de 2015. Los participantes tenían entre 25 y 80 años con DM2.

Se tradujo el cuestionario original, en el cual se incluyeron ítems de la versión extendida como medicación, cuidado de los pies y tabaquismo, considerados importantes para el contexto latinoamericano, dando como resultado un cuestionario de 18 ítems, dividido en 6 dimensiones. Para obtener el índice de validez de contenido (IVC), el nuevo cuestionario fue sometido a evaluación por los expertos por medio de la escala de Likert de 4 puntos, donde 1 era no relevante y 4 muy relevante; un valor mayor a 0,8 se considera válido.

La adaptación cultural y la validez de contenido fueron evaluadas en una prueba piloto en 10 pacientes diabéticos del programa de pacientes con riesgos cardiovasculares de la Clínica Colsubsidio. Dentro de los resultados se obtuvo un IVC 0,96 para el total de la escala (27).

El cuestionario original consta de 11 puntos breves y con el fin de simplificar y minimizar la puntuación de la Escala SDSCA revisada, se utiliza la métrica "días por semana" en lugar de porcentajes, lo que permite una fácil puntuación, importante tanto para la práctica clínica como para la investigación (23).

El cuestionario SDSCA modificada, formada por 18 preguntas, se refiere a 7 ámbitos: dieta general, dieta específica, actividad física, exámenes de niveles de azúcar en sangre, cuidado de los pies, medicamentos y tabaquismo y actividades relacionadas al autocuidado para la diabetes, durante los últimos 7 días que no estuvo enfermo(27)(ANEXO 1).

Por lo tanto, en nuestro estudio utilizaremos el cuestionario SDSCA en la versión colombiana; por ser más parecido a nuestra realidad ya que está



validado en población latinoamericana, y mediante este determinaremos si los pacientes tienen o no prácticas de autocuidado a través de un pre y post test.

A nivel mundial, varios investigadores se han interesado en realizar trabajos que demuestren la utilidad de la intervención educativa en este grupo de estudio. Así lo demuestra un estudio realizado en la ciudad de Hidalgo, México. Un grupo de pacientes diabéticos tipo 2 fue evaluado a través del cuestionario Knowledge Questionnaire (DKQ 24). En la evaluación inicial sobre el nivel de conocimientos, el promedio de respuestas correctas fue de 11.5 ± 3.7 , y al término, fue de 21.2 ± 1.9 ; además se valoró el nivel de hemoglobina glucosilada, donde la media de la diferencia fue 1.01 ± 1.77 mg/dL (17).

Así mismo, Leal Ulises et al. valoraron el nivel de conocimientos de 80 pacientes con DM2 de Carabobo, Venezuela; y señalan que el nivel de conocimientos de los participantes después de la intervención educativa cambia. Así, manifiestan que para el nivel de conocimientos “Adecuados” se registró un cambio de 1.25% a 37.5%, “Aceptable” de 50% a 55% e “Inadecuado” de 48,75% a 7.5% (26).

En México, los parámetros bioquímicos de 25 pacientes con DM 2 que cambiaron significativamente luego de la intervención educativa fueron: la hemoglobina glucosilada, colesterol y triglicéridos. En la pre intervención obtuvieron valores de $8.0 \pm 1.2\%$ de HbA, 238.9 ± 64.7 mg/dl de colesterol; y 283.2 ± 142.6 mg/dl de triglicéridos y en la post intervención $7.4 \pm 1.2\%$ de HbA1c, 191.5 ± 35 mg/dl de colesterol; y 181.2 ± 145.2 mg/dl de triglicéridos. Por lo tanto, la educación es importante porque tiene efectos directos en los parámetros bioquímicos y la salud del paciente (29).

Fataneh Goodarzi, et al, en un estudio en el Centro de Investigación Sedigheh Tahereh en Isfahan, Irán, en 2015, se reclutaron a 76 pacientes y fueron divididos en 2 grupos, uno de control y otro de intervención; demostrando un cambio significativo en los dos grupos de estudio pero siendo mucho más evidente en el grupo de intervención, así para el grupo control con un porcentaje de conocimientos del primer test de 48.97% se incrementa hasta el



61.68 % en el post test, de igual manera en el grupo intervención del 50.5% se incrementa a 98.15% (30).

En Irán, 2017, Baraz S, et al, concluyen que los programas educativos mejoran el bienestar del paciente y deberían ser la base para el manejo de la diabetes (31).

El estudio de Bachler Roberto et al., Chile, 2017, donde participaron 59 pacientes diabéticos, con una relación estadísticamente significativa, señala que la introducción de intervenciones educativas eficaces en esta población representan una obligación para cualquier institución o profesional de salud (32).

En un programa realizado en New York, Cruz Yanira et al, 2013, se evaluó la eficacia de la intervención educativa “Salud y Bienestar” dirigido a 1483 participantes diabéticos y no diabéticos, de procedencia hispana que residían en esa zona; y encontraron que los conocimientos sobre diabetes se incrementaron posterior a la intervención en los dos grupos de estudio (33).

Además se evidenció que los pacientes de 65 años o más eran la mayoría de personas sin prácticas de autocuidado (n=55). No se han encontrado estudios actuales sobre el tema en contexto, sin embargo un estudio realizado por Romero et al, México, 2010, encontró una buena capacidad de autocuidado en los adultos mayores (10,3%) en relación a otros grupos de edad, mostrando una realidad diferente a la del presente estudio (34).

El beneficio de la intervención educativa no solo depende de la implementación de talleres, sino también de la actitud del paciente frente a su patología, pues el aumento del conocimiento y sus buenas prácticas están directamente asociados a la predisposición para asumir el autocuidado.

El diagnóstico, pronóstico y tratamiento de los pacientes diabéticos provoca diversas respuestas en su estado anímico, psicológico y social. Con mayor frecuencia refieren ansiedad, depresión, disfunción sexual, dificultad laboral y sentimientos de soledad, por lo tanto el manejo multidisciplinario debe ser considerado un aspecto importante dentro de su tratamiento. La calidad de vida los pacientes se encuentran deteriorada, puesto que sienten tristeza, enojo,



culpa y preocupación acerca de la enfermedad, por lo que la falta de motivación no les permite llevar a cabo buenas prácticas de autocuidado (35).

Al evaluar el impacto de la depresión en el control metabólico de la diabetes, diversos estudios demuestran que esta afectación psicológica ocasiona un control glucémico insatisfactorio y lleva a un aumento de las complicaciones, por lo que recomiendan una evaluación psicológica y psiquiátrica al primer contacto con el paciente (35).

La intervención educativa va encaminada a cambiar la percepción del paciente acerca de la enfermedad y de esta forma provocar una actitud positiva frente a la misma. En consecuencia, se encontrará un mejor beneficio en sus prácticas de autocuidado, mejor manejo de su enfermedad, favoreciendo al logro de los objetivos del tratamiento, reduciendo los costos y el dolor del paciente y de quienes lo rodean (36).



CAPÍTULO 3

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Evaluar el impacto de la intervención educativa en los pacientes de los clubes de diabéticos de los centros de salud Carlos Elizalde, el Valle y San Pedro del Cebollar, Distrito 01D02, Cuenca, 2018.

3.2 Objetivos específicos

- Caracterizar a la población según aspectos sociodemográficos: edad, sexo, nivel de instrucción, estado civil, nivel socioeconómico, índice de masa corporal (IMC).
- Determinar el nivel de autocuidado en diabéticos según el cuestionario de actividades de autocuidado en diabetes (Summary of Diabetes Self-Care Activities Assessment, SDSCA) según las características sociodemográficas previo a la capacitación.
- Evaluar los resultados de la intervención educativa a través del cuestionario de actividades de autocuidado en diabetes (Summary of Diabetes Self-Care Activities Assessment, SDSCA) posterior a la capacitación.
- Comparar el cambio en las actividades de autocuidado a través de pre y post test.



CAPÍTULO 4

4.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio de tipo cuasi-experimental, de corte transversal, en pacientes de los clubes de diabéticos de los centros de salud Carlos Elizalde, el Valle y San Pedro del Cebollar, Distrito 01D02, Cuenca, 2018.

4.2 ÁREA DE ESTUDIO

El estudio fue realizado en tres clubes de diabéticos pertenecientes al cantón Cuenca del Distrito 01D02. En el centro de salud Carlos Elizalde ubicado en la parroquia Baños, avenida Isabel la Católica y Francisco de Orellana, diagonal al centro educativo Los Andes; el centro de salud el Valle ubicado en la parroquia el Valle y el centro de salud San Pedro del Cebollar ubicado en la avenida Abelardo J. Andrade y Emilio Abad Aguilar.

4.3 UNIVERSO

La población de estudio estuvo conformada por la totalidad de pacientes que asisten a los tres clubes de diabéticos de los centros de salud correspondientes del Distrito 01D02, cantón Cuenca, durante la reunión mensual de los clubes correspondientes, con un número de 26 pacientes del centro de salud Carlos Elizalde, 31 pacientes del centro de salud el Valle y 50 pacientes del centro de salud San Pedro del Cebollar. Los mismos fueron aquellos que acudieron a las sesiones planificadas para el estudio.

4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

4.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes diagnosticados de diabetes mellitus.
- Pacientes que acudieron a los clubes de diabéticos durante la reunión de los meses de marzo, abril, junio y julio del centro de salud Carlos Elizalde, de abril, mayo, junio y julio en el centro de salud El Valle y durante el mes de abril, mayo, junio y julio al centro de salud de San Pedro del Cebollar del presente año.
- Pacientes que acudieron al club en los últimos tres meses.
- Pacientes que aceptaron participar en el estudio y firmaron el consentimiento informado.



4.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes con comorbilidad que les impidió responder al cuestionario (discapacidad auditiva).
- Pacientes con retraso mental.

4.5 VARIABLES.

Edad, sexo, nivel de instrucción, estado civil, nivel socioeconómico (estatus social), ocupación, índice de masa corporal (IMC), test de autocuidado.

4.5.1 Operacionalización de variables.

(ANEXO 2)

4.6 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se contactó con el director del centro de salud Carlos Elizalde, Dr. Pablo Armijos; el director de El Valle, Dr. Miguel Castro: el director de San Pedro del Cebollar, Dr. Wilson Siguencia y con la Dra. Carmen Abad, directora del Distrito 01D02, para la autorización respectiva.

Se realizaron tres sesiones el día correspondiente al club de diabéticos cada mes, primero se informó a los participantes sobre el estudio a realizar, se aclararon todas las dudas y se procedió a firmar el consentimiento informado por parte de las personas que decidieron formar parte de la investigación. Posteriormente se realizaron las entrevistas, la mayoría de los participantes prefirieron solo responder las preguntas y las encargadas de llenar los formularios fueron las estudiantes a cargo de la investigación (ANEXO 3).

La recolección tuvo una duración de 3 horas aproximadamente en cada centro de salud. Se obtuvo un total de 139 participantes, 37 en el centro de salud Carlos Elizalde, 67 en San Pedro de El Cebollar y 38 en El Valle.

Una vez recolectados los datos se procedió a dar a charla educativa planificada (45 min), con los siguientes temas: información sobre la enfermedad (qué es la diabetes, tipos de diabetes), importancia de la dieta y del ejercicio físico. Los objetivos planteados fueron: mejorar el nivel de conocimientos, concientizar acerca de la importancia de una dieta adecuada y enseñar los beneficios del ejercicio físico. El material de apoyo estuvo formado por carteles, dibujos,



diapositivas y la participación activa de los pacientes. Al final se entregó el tríptico correspondiente a la sesión. (ANEXO 4)

Antes de iniciar cada sesión se realizó una retroalimentación de la charla anterior para reforzarla, la segunda sesión fue sobre la importancia del cuidado de los pies y del cumplimiento de la medicación, cuyos objetivos fueron enseñar a los pacientes la importancia del cuidado de los pies, las técnicas adecuadas y las consecuencias de un mal cuidado y enseñar la importancia del cumplimiento de la dosis de su medicación. En la última sesión se impartió la charla acerca del consumo de tabaco y las complicaciones agudas y crónicas de la diabetes, con el objetivo de concientizar a los participantes sobre las consecuencias del uso del tabaco y su relación con la diabetes, además de informar sobre sus complicaciones tanto agudas como crónicas. Posterior a cada sesión se entregó el tríptico correspondiente.

En la intervención educativa se impartieron temas clave para el autocuidado de la enfermedad, los temas presentes en el cuestionario realizado fueron revisados en el Manual para Educadores en Diabetes Mellitus (37)(38). (ANEXO 5)

De esta manera se concluyó con la intervención educativa, por lo que se visitó por una cuarta ocasión, para la recolección de datos post intervención, Las entrevistadoras recolectaron los datos con la respectiva aprobación del consentimiento informado por parte de los participantes en estudio. Se obtuvieron un total de 107 encuestas, 26 en el centro de salud Carlos Elizalde, 50 en San Pedro de El Cebollar y 31 en El Valle. Por lo tanto, hubo una pérdida de 32 participantes debido a su ausencia al momento de realizar las entrevistas.

El test utilizado fue el de actividades de autocuidado en diabetes (SDSCA), formado por 18 preguntas, que valoraron 7 ámbitos: dieta general, dieta específica, actividad física, nivel de glucemia en sangre, cuidado de los pies, medicamentos y consumo de tabaco. Dichas preguntas se relacionan con sus actividades de autocuidado personal para la diabetes durante los últimos siete días que no estuvo enfermo. La escala presenta una respuesta de 0 a 7, en función del número de días que la persona ha llevado a cabo una determinada



conducta durante la última semana. Si presentó alguna enfermedad durante esos últimos días, tuvieron que referirse a los últimos siete días que no estuvo enfermo. El ítem sobre tabaco es una escala de respuesta dicotómica (39).

Cuanta menor puntuación se obtiene, menor adherencia presenta la persona con DM a las conductas de autocuidado favorables. (39).

Se obtiene los resultados de la siguiente manera:

- **Dieta general:** promedio de días de las preguntas 1 y 2.
- **Dieta específica:** promedio de días entre las preguntas 3, 4 y 5. La pregunta 4 y 5 se valora de forma reversa (0=7, 1=6, 2=5, 3=4, 4=3, 5=2, 6=1, 7=0).
- **Ejercicio:** promedio de días de las preguntas 6 y 7.
- **Exámenes de nivel de azúcar en sangre:** promedio de días de las preguntas 8 y 9.
- **Cuidado de los pies:** promedio de días de las preguntas 10, 11, 12.
- **Medicamentos:** promedio de días de las preguntas 13, 14 y 15.
- **Tabaquismo:** la pregunta 16 indica 0 = no fumador 1=fumador, se convierte en 0= < 5 y 1= ≥ 5, la pregunta 17 se refiere al número de cigarrillos por día y la pregunta 18 cuando fue la última vez que fumó un cigarrillo, las cuales solamente se usan como referencia de los consumidores de tabaco (22).

El cuestionario no presenta punto de corte, por lo que debe valorarse cada ítem de forma individual (28). Por lo tanto, para fines del estudio se dicotomiza de la siguiente manera: < 5 días = sin prácticas de autocuidado y ≥ 5 = con prácticas de autocuidado (40).

Para la aplicación del cuestionario se realizó una prueba piloto en 20 pacientes diagnosticados con DM II, los mismos que fueron elegidos al azar en diferentes centros de salud de la ciudad de Cuenca, el problema encontrado fue que la



mayoría de las personas pedían que el cuestionario sea llenado por parte de las estudiantes a cargo de la investigación, debido a que no podían leer o la falla visual les impedía hacerlo por si solos; por tal motivo los cuestionarios del presente estudio fueron llenados por las investigadoras con las respuestas de la población en estudio.

En dicho cuestionario se incluyeron las variables sociodemográficas tales como; edad, sexo, nivel de instrucción, estado civil, ocupación, índice de masa corporal y el Método Graffar Méndez Castellano para la valoración del nivel socioeconómico y estrato social. (ANEXO 6)

4.7 TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Los datos obtenidos fueron ingresados y analizados a través del programa SPSS versión 20.

Las variables demográficas fueron analizadas mediante estadística descriptiva: distribuciones de frecuencia y porcentajes. Para el resto de variables las medidas estadísticas empleadas fueron mediante el promedio y el impacto se evaluó con la escala de McNemar.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

El protocolo fue aprobado por la comisión de asesoría de trabajos de investigación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca (CATI) el 21 de febrero del presente año. Posterior se solicitó la autorización respectiva a la directora del parte de la directora del Distrito 01D02, Dra. Carmen Abad.

Se obtuvo el consentimiento informado de las personas que decidieron participar en el estudio, la información recolectada en este trabajo de investigación se guardó bajo absoluta confidencialidad, fue de uso único y exclusivo de las autoras, no fueron utilizados los nombres ni los datos personales en otros trabajos y no recibieron ningún tipo de remuneración económica.



CAPITULO V

RESULTADOS

Tabla 1. Características generales del grupo de estudio según aspectos sociodemográficos. Centros de Salud Carlos Elizalde, El Valle y San Pedro del Cebollar, 2018.

VARIABLE	n	%
SEXO		
Hombre	20	18,69
Mujer	87	81,31
EDAD		
20-39 años	1	0,93
40-64 años	37	34,58
≥65 años	69	64,49
ESTADO CIVIL		
Casado/a	60	56,07
Divorciado/a	9	8,41
Soltero/a	12	11,21
Unión libre	7	6,54
Viudo	19	17,76
ESTRATO SOCIAL		
II	2	1,9
III	15	13,1
IV	50	46,7
V	41	39,3
NIVEL DE INSTRUCCIÓN		
Ninguno	31	28,97
Básica incompleta	30	28,04
Básica completa	35	32,71
Bachillerato incompleto	2	1,87
Bachillerato completo	9	8,41
INDICE DE MASA CORPORAL		
Desnutrición	3	2,80
Normal	36	33,64
Sobrepeso	49	45,79
Obesidad	19	17,76
TOTAL	107	100,00



Realizado por: las autoras.

Fuente: formularios de recolección de datos.

El grupo de estudio inicialmente estuvo conformado por 139 pacientes, sin embargo hubo deserción de 32 de ellos debido a diferentes causas, así que finalmente quedó formado por 107 pacientes, de los cuales el 81.31% fueron mujeres y 18.69% fueron hombres, siendo las primeras la mayoría de población. Con respecto a la edad, la mínima fue de 35 años y la máxima de 90 años, la mayoría fueron de 65 años o más (64.49%) y el grupo de 20 a 39 años fue tan solo del 0.93%. El 56.06% eran casados, 17.76% viudos, 11.21% solteros, 8.41% divorciados y 6.54% unión libre, lo que indica que la mayor parte están casados. En relación al estrato social, la mayoría se encuentra en un estrato de clase obrero con el 39.3%, seguido de la mayoría de la población, ubicada dentro del estrato de pobreza extrema con el 46.7%.

En lo que concierne al nivel de instrucción, el 32.71% de las personas habían cursado la educación básica completa, mientras que la frecuencia entre personas con ningún nivel de instrucción y básica incompleta eran parecidas, representadas con el 28.97% y 28.04% respectivamente, solo el 8.41% había cursado bachillerato completo y el 1.87% bachillerato incompleto.

Dentro del estado nutricional, el 45.79% de los pacientes resultaron estar en un estado de sobrepeso. Por otro lado, el 2,8 % se encontraba en desnutrición.

Se observa que la distribución de los pacientes no es equivalente en ninguno de los grupos, existe una gran diferencia entre unos grupos y otros, por lo tanto al momento de analizar los datos se debe tener en cuenta este aspecto.

Tabla 2. Distribución de la población de estudio según el autocuidado y variables sociodemográficas previo a la intervención educativa. Centros de Salud Carlos Elizalde, El Valle y San Pedro del Cebollar, 2018.

NIVEL DE AUTOCUIDADO PREVIO A LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA							
VARIABLE		SIN PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO		CON PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO		Total	
		N	%	n	%	n	%
SEXO	Hombre	17	85,0	3	15,0	20	18,69
	Mujer	67	77,0	20	23,0	87	81
	Total	84	78,5	23	21,5	107	100
EDAD	20-39años	1	100,0	0	0,0	1	1
	40-64años	28	75,7	9	24,3	37	35
	≥65años	55	79,7	14	20,3	69	64
	Total	84	78,5	23	21,5	107	100
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	Ninguno	28	90,3	3	9,7	31	29
	Básica incompleta	23	76,7	7	23,3	30	28
	Básica completa	27	77,1	8	22,9	35	33
	Bachillerato incompleto	2	100,0	0	0,0	2	2
	Bachillerato completo	4	44,4	5	55,6	9	8
	Total	84	78,5	23	21,5	107	100
ÍNDICE DE MASA CORPORAL	Desnutrición	2	66,7	1	33,3	3	3
	Normal	28	77,8	8	22,2	36	34
	Sobrepeso	38	77,6	11	22,4	49	46
	Obesidad	16	84,2	3	15,8	19	18
	Total	84	78,5	23	21,5	107	100
ESTRATO SOCIAL	II	1	50,0	1	50,0	2	2
	III	11	78,6	3	21,4	14	13
	IV	38	76,0	12	24,0	50	47
	V	34	82,9	7	17,1	41	38
	Total	84	78,5	23	21,5	107	100
ESTADO CIVIL	Casado/a	44	73,3	16	26,7	60	56
	Divorciado/a	8	88,9	1	11,1	9	8
	Soltero/a	14	87,5	2	12,5	16	15
	Unión libre	1	33,3	2	66,7	3	3
	Viudo/a	17	89,5	2	10,5	19	18
	Total	84	78,5	23	21,5	107	100

Realizado por: las autoras.

Fuente: formularios de recolección de datos.

Al clasificar los valores respecto al sexo, contemplamos que del total de mujeres solo el 23% tenía buenas prácticas de autocuidado y de hombres el 15%, teniendo en cuenta la distribución de la población, como se explica en la



Tabla 1. De acuerdo al grupo etario, de los participantes que tenían entre 40-59 años el 24.3 % tenían buenas prácticas de autocuidado, resultados casi similares con el grupo de 65 años o más con tan solo el 20,3%.

Del total de pacientes con ningún nivel de instrucción solo el 9.7% tenían buenas prácticas, a diferencia de la personas que cursaron básica completa con el 23.3% y la tercera parte de la población que poseía una instrucción básica completa solo el 22,85% demostraron tener buenas prácticas. La población con bachillerato incompleto y completo fue mínima, sin embargo de los últimos (n=9) el 55.6% tenía buenas prácticas, probablemente si este grupo fuera mayor arrojaría resultados similares e indicaría que a mejor nivel de educación mejor fuera el autocuidado.

La mayor parte de la población se encuentra dentro de un estrato social IV y V, de los cuales el 24% y 17% respectivamente tiene buenas prácticas.

Relacionando los valores con índice de masa corporal frente a los índices de personas con cuidado personal de salud al inicio de la intervención, observamos que de las 49 personas con sobrepeso, el 22,45% presentaba una formación de salud provechosa. Resaltando también que frente al grupo que padecían obesidad, tan solo el 15.7% tenían buenas prácticas de autocuidado.

Al relacionar la influencia del estado civil con el nivel de autocuidado, el 56% de pacientes estaban casados y de estos el 26.7% poseían buenas prácticas. Los valores para los demás estados civiles: soltero/a, viudo/a, divorciado/a son relativamente bajos, 12.5%, 11.1%, y 10.5% respectivamente. El 66% de los pacientes en unión libre viven con un adecuado autocuidado, correspondiendo estos únicamente al 8% del total.



Tabla 3. Distribución de la población de estudio según el autocuidado y variables sociodemográficas posterior a la intervención educativa.
Centros de Salud Carlos Elizalde, El Valle y San Pedro del Cebollar, 2018.

NIVEL DE AUTOCUIDADO POSTERIOR A LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA									
VARIABLE		SIN PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO		CON PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO		Total		McNemar	Valor
		N	%	n	%	n	%		
SEXO	Hombre	11	55,0	9	45,0	20	18,69	0,031	<0,
	Mujer	40	46,0	47	54,0	87	81	0,000	<0,
	Total	51	47,7	56	52,3	107	100		
EDAD	20-39años	1	100,0	0	0,0	1	1	>1	>0,
	40-64años	17	45,9	20	54,1	37	35	0,001	<0,
	≥65años	33	47,8	36	52,2	69	64	0,000	<0,
	Total	51	47,7	56	52,3	107	100		
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	Ninguno	16	51,6	15	48,4	31	29	0,000	<0,
	Básica incompleta	12	40,0	18	60,0	30	28	0,003	<0,
	Básica completa	17	48,6	18	51,4	35	33	0,021	<0,
	Bachillerato incompleto	2	100,0	0	0,0	2	2	>1	>0,
	Bachillerato completo	4	44,4	5	55,6	9	8	1	>0,
	Total	51	47,7	56	52,3	107	100		
ÍNDICE DE MASA CORPORAL	Desnutrición	0	0,0	1	100,0	1	1	1	>0,
	Normal	20	46,5	23	53,5	43	40	0,003	<0,
	Sobrepeso	21	46,7	24	53,3	45	42	0,000	<0,
	Obesidad	10	55,6	8	44,4	18	17	0,146	>0,
	Total	51	47,7	56	52,3	107	100		
ESTRATO SOCIAL	II	0	0,0	2	12,5	16	15	>1	>0,
	III	8	50,0	6	37,5	16	15	0,375	>0,
	IV	22	44,0	28	56,0	50	47	0,000	<0,
	V	21	51,2	20	48,8	41	38	0,002	<0,
	Total	51	47,7	56	52,3	107	100		
ESTADO CIVIL	Casado/a	28	46,7	32	53,3	60	56	0,001	<0,
	Divorciado/a	4	44,4	5	55,6	9	8	0,219	>0,
	Soltero/a	9	56,3	7	43,8	16	15	0,063	>0,
	Unión libre	1	33,3	2	66,7	3	3	1	>0,
	Viudo/a	9	47,4	10	52,6	19	18	0,008	<0,
	Total	51	47,7	56	52,3	107	100		

Realizado por: las autoras.

Fuente: formularios de recolección de datos.



Una vez realizada la intervención educativa se tabularon los datos, en donde encontramos que el nivel de autocuidado incrementó al 54% del total de mujeres, de igual manera el índice de hombres con buen autocuidado incrementó al 45%, además se evidencia que el proceso educativo ocasionó impacto en los dos sexos ($p < 0.05$).

Del grupo de pacientes con la edad predominante del estudio, los pacientes con buenas prácticas incrementaron al 57,17%. A la par con esto, el grupo etario de 40 a 64 años incrementó su tasa de 24,32% a un 54,35% de pacientes con prácticas adecuadas, este cambio fue debido a la intervención educativa en los dos grupos ($p < 0.05$).

El grupo de pacientes con ningún tipo de instrucción aumentaron a 48.4%, los que cursaron básica incompleta incrementaron su número a 60% y lo de básica completa a 51,4%, sin embargo, los pacientes que habían cursado bachillerato completo e incompleto, terminaron de igual manera que al inicio, por lo tanto solo en ellos no tuvo influencia el proceso educativo ($p > 0.05$).

En los valores expuestos en el post test, encontramos que del total de pacientes con sobrepeso, el 53.3% adquirieron buenas prácticas, de los pacientes con IMC normal 53.5% y de los que tenían obesidad 44.4%, observándose el impacto la intervención ($p < 0.05$), a diferencia de los pacientes con desnutrición ($p > 0.05$), en donde dos de los tres mejoraron su peso y salieron de dicho grupo.

Como el mayor grupo de población se encontraba dentro de los estratos sociales IV y V, es en ellos donde se encuentra el mayor impacto 56% y 48.8% respectivamente, se evidencia que la intervención educativa tuvo influencia en todos, excepto en el estrato social II ($p > 0.05$).

Con respecto a la influencia del estado civil de una persona con el nivel de autocuidado posterior al proceso educativo, se observa que de los pacientes casados, 53.3% tienen prácticas de autocuidado ($p < 0.05$); mientras que en el grupo de solteros, divorciados y los de unión libre, no hubo diferencia significativa ($p > 0.05$).



Tabla 4. Distribución de los pacientes de clubes de diabéticos según el autocuidado general antes y después de la intervención educativa. Centros de Salud Carlos Elizalde, El Valle y San Pedro del Cebollar, 2018.

	Pre-test		Post-test	
	N	%	n	%
Sin autocuidado	84	78,5	51	47,7
Con autocuidado	23	21,5	56	52,3
TOTAL	107	100	107	100

McNemar p: 0,00

Realizado por: las autoras.

Fuente: formularios de recolección de datos.

Al evaluar de manera global el nivel de autocuidado, se observa que antes de la intervención el 78.5% (n=84) no tenía prácticas de autocuidado y el 21.50% (n=23) poseían prácticas de autocuidado. Posterior a la intervención, el 47.7% (n=51) no tenían buenas prácticas, mientras que el 52.3% (n=56) tenían prácticas de autocuidado.

El número de pacientes con autocuidado aumentó del 21,5% antes de la intervención educativa al 52,3% después. De forma general se evidenció que las modificaciones en el nivel de autocuidado se debieron a la intervención educativa ($p < 0,05$).



CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN

La intervención educativa sobre medidas de autocuidado en enfermedades crónicas, prevalentes, de alta morbilidad como es la diabetes mellitus ha demostrado ser de gran utilidad para disminuir las complicaciones que esta conlleva, pues se les da a conocer a los pacientes las medidas necesarias para controlar su enfermedad y de esta manera participen activamente en su tratamiento (34).

El test aplicado, el SDSCA, valora las buenas prácticas de autocuidado con un puntaje ≥ 5 , mientras que aquellos sin prácticas de autocuidado poseen un valor < 5 , obtenidos a través del promedio de los ítems en estudio.

En este estudio el nivel de autocuidado aumentó del 21,5% antes de la intervención educativa al 52,3% después de la misma, demostrando que la aplicación de la intervención educativa fue estadísticamente significativa (McNemar $p < 0.05$). Chapman Maricela et al., en Cuba, 2016, reporta casos similares según un estudio donde participaron 36 pacientes con diabetes mellitus, en el que se consideraron preguntas agrupadas en cuatro parámetros relacionadas con esta patología, demostrando un aumento del 19.44% al 100% en conocimientos, sin embargo cabe recalcar que en este último los educadores fueron de diversa índole, entre ellos familiares, médicos y enfermeras (11).

Con respecto a las variables sociodemográficas, según el sexo se encontró que el femenino lideró nuestro estudio con 81.31%; en contraste con el estudio de Bachler Roberto et al., Chile, 2017, donde el 73.9 % estuvo conformado por mujeres. Probablemente este hecho se deba a que la población femenina es la más interesada en asistir a este tipo de actividades y tiene mayor interés por su estado de salud, a diferencia del grupo masculino quienes han demostrado menor preocupación en lo que concierne a su cuidado. A pesar de la marcada diferencia de la población en relación a sexo, tanto en los hombres como en



las mujeres hubo un cambio estadísticamente significativo secundario a la intervención educativa (McNemar $p < 0.05$) (32).

La edad media de los pacientes del estudio fue de 66.8 años, el grupo etario de mayor prevalencia fue de 65 años o más (64.49%), que se asemeja con los resultados de un estudio realizado, Cruz Yanira et al., Nueva York, 2013, en donde el 61% fueron mayores de 65 años. En este estudio se observa que el valor de McNemar del grupo etario correspondiente a 65 años o más es de $p < 0.05$, que demuestra ser estadísticamente significativo ya que según estudios se ha visto que a mayor edad, aumenta la posibilidad de mejorar su autocuidado debido a que los pacientes toman mayor conciencia de su enfermedad (33).

Además se evidenció que los pacientes de 65 años o más eran la mayoría de personas sin prácticas de autocuidado ($n=55$). No se han encontrado estudios actuales sobre el tema en contexto, sin embargo un estudio realizado por Romero et al, México, 2010, encontró una buena capacidad de autocuidado en los adultos mayores (10,3%) en relación a otros grupos de edad, mostrando una realidad diferente a la del presente estudio (34).

En lo que concierne al nivel de instrucción, resulta que en el estudio previamente mencionado, el 76% de la población ($n=532$) tenían educación primaria o ninguna, mientras que en el presente estudio las cifras fueron similares, con un 61,62%, distribuyéndose en 32.71% de instrucción primaria y 28.91% con ningún tipo de escolaridad. Este grupo modificó positivamente en buenas prácticas (McNemar $p < 0.05$), demostrándose que en el grupo de escolaridad baja, la intervención educativa ocasionó mayores modificaciones en comparación con quienes poseían un nivel de educación superior (34).

A pesar de este incremento, se recalca que el grado de alfabetización es trascendente para obtener mejores resultados, siendo el analfabetismo y la baja escolaridad, grandes barreras al momento de impartir las charlas informativas (34).

La personas con sobrepeso lideraron el estudio con 45.8%, una vez aplicada la estrategia de intervención se evidenció que el 4% de las personas



abandonaron el estado nutricional de sobrepeso (McNemar $p < 0.05$) y el 1% superó la obesidad (McNemar $p > 0.05$); mientras que el 2% adquirió buenas prácticas en nutrición y abandonó la desnutrición. Los cambios fueron mínimos comparados con un estudio de Guzmán G et al., México, 2017, en usuarios de los servicios médicos de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, en donde se obtuvo que el 52% tuvo pérdida de peso a diferencia del 48% que no había variado (41).

Las malas prácticas en pacientes con sobrepeso disminuyeron 30.9%, (McNemar $p < 0.05$), siendo esta estadísticamente significativa a la intervención educativa; como consecuencia de la mejoría en los hábitos dietéticos y a la actividad física, a pesar de que el aumento en la práctica de esta última no haya sido originado por nuestro estudio, probablemente debido a la avanzada edad de la población participante.

Otra de las variables que influyen sobre el autocuidado de la diabetes, es el estrato social. La mayoría de la población se encontraba en estrato social IV (46.7%), es decir a la clase obrera según la calificación Gaffar Méndez Castellanos, en quienes hubo un incremento en el número de participantes con buenas prácticas del 24% al 46%, valores similares a la clase V (pobreza extrema), quienes incrementaron del 17.1% al 48.8% ($p > 0.05$). El mayor impacto fue en estos grupos, a diferencia de las clases sociales II y III; evidenciándose que, mientras más baja es la clase social mayor interés e importancia le dan a los programas educativos y sobre todo a poner en práctica hábitos saludables.

De acuerdo al estado civil, el 56.7% de la población estaban casados y de ellos el 53.3% alcanzaron buenas prácticas, como consecuencia de la intervención (McNemar $p < 0.05$). Desafortunadamente, no hay estudios al momento que comparen el estado civil como un factor que influya en la intervención educativa de los pacientes diabéticos, pero varios sugieren que toda intervención educativa debería incorporar a más de la población a intervenir, a la familia y amigos, ya que constituyen una red social que lo apoya en un ambiente que facilite mantener un adecuado control de su problema de salud, como lo sugiere en su estudio Bächler R, et al, Chile, 2017 (32).



El impacto de la intervención educativa fue evaluado por ítems con la finalidad de evaluar si el cambio en cada una de las actividades de autocuidado fue a causa del proceso educativo impartido en las sesiones de los clubes de diabéticos y así poder identificar los factores que podrían interferir en el cambio, para dar las respectivas recomendaciones acerca de los temas a reforzar y a prestar mayor atención en la población de estudio. A pesar de que no es objetivo del estudio se considera pertinente resaltar los siguientes aspectos. De los siete parámetros de actividades de autocuidado solo se observaron cambios positivos en la dieta general, dieta específica, exámenes de niveles de azúcar en la sangre, tabaquismo y cuidado de los pies, mientras que el impacto no fue el deseado en lo que concierne a la actividad física y la medicación. (ANEXO 7)

La intervención educativa fue efectiva en los pacientes de los clubes de diabéticos, especialmente en las mujeres, en los pacientes de 65 años o más, en aquellos con ninguna escolaridad y los que cursaron básica completa, en los participantes con obesidad, en quienes pertenecían a un estrato social IV y V y en los que estaban casados.



CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES

- La población en estudio estuvo conformada en su mayoría por mujeres, tenían 65 años o más, estaban casados, pertenecían a la clase social obrera, carecían de instrucción educativa liderando aquellos que cursaron básica completa y según su estado nutricional se encontraban con sobrepeso, existiendo una distribución heterogénea en todos los grupos.
- En relación al pre test, el número de personas con prácticas de autocuidado fue muy reducido. Del total de pacientes, los que tenían buenas prácticas estuvieron representados por el 23% de mujeres, el 20.3% del grupo de 65 años o más, el 23.3% de aquellos que carecían de algún nivel de instrucción educativa; el 24% de la clase social obrera, el 26.7% de las personas casadas y el 24.5% de las personas con sobrepeso.
- Posterior a la intervención, hubo un incremento en el número de pacientes con buenas prácticas de autocuidado, aumentando en las mujeres al 54%, el grupo etario predominante al 57,17%; de aquellos que carecían de escolaridad al 48.4%, con sobrepeso al 53.3%; la clase obrera al 56% y de igual manera sucede con el estrato civil que mostró que los pacientes casados incrementaron sus buenas prácticas al 53.3%.
- Previo a la intervención, el nivel de buenas prácticas correspondía al 21.5%, con una modificación posterior al 52.3%. A pesar de que el proceso educativo desarrollado tuvo una corta duración, se evidenció que el impacto fue estadísticamente significativo en la población en estudio; sin embargo al analizarlo por ítems, no fue efectivo en lo que se refiere a medicación, actividad física y tabaquismo.
- Una de las principales limitaciones en el desarrollo del estudio fue el tiempo, debido a que el número de sesiones desarrolladas no fue suficiente para producir un cambio en todas las actividades de autocuidado de los participantes.



RECOMENDACIONES

Dada la importancia de realizar actividades educativas en pacientes diabéticos se recomienda:

- Implementar programas educativos continuos en los pacientes diabéticos para mejorar sus prácticas de autocuidado, evitar complicaciones y mejorar su estilo de vida.
- Efectuar intervenciones educativas dirigidas hacia la población no diabética, con el fin de prevenir la patología mediante buenas prácticas y hábitos saludables.
- Realizar el estudio en una población con una distribución más numerosa y uniforme.
- Desarrollar talleres sobre de la adherencia a la medicación.
- Realizar más estudios en otros grupos de etarios.
- Efectuar programas para guiar a los pacientes a realizar actividad física.
- Trabajar en talleres educativos de manera individualizada con cada paciente o en grupos de acuerdo a sus características durante un mayor periodo de tiempo, con el fin de llevar a cabo una educación continua y originar cambios en todas sus actividades de autocuidado.



CAPÍTULO VIII

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud Pública. Guía de Práctica Clínica (GPC) de Diabetes Mellitus tipo 2 [Internet]. 1ª ed. Quito: Dirección Nacional de Normatización; 2017. P. 12. Disponible en: <http://salud.gob.ec>
2. Mencía JV, Castillo RF, Cabrera MBM, Gómez-Urquiza JL, García LA, Fuente GAC de la. Dietas bajas en hidratos de carbono para diabéticos de tipo 2 [Internet]. Revisión sistemática. Nutr Hosp. 1 de febrero de 2017; 34(1):224-34.
3. Mendonça SCB de, Zanetti ML, Sawada NO, Barreto ID de C, Andrade JS de, Otero LM, et al. Construction and validation of the Self-care Assessment Instrument for patients with type 2 diabetes mellitus. Revista Latino-Americana Enfermagem [Internet]. 2017;25. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-11692017000100342&lng=en&nrm=iso&tlng=en
4. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la diabetes. Ginebra: OMS; 2016. P. 6-21. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254649/1/9789243565255-spa.pdf?ua=1>
5. Costa J, Fuente G. Situación mundial y local de la diabetes. Informe tDNA-PATh en Argentina [Internet]. 2014. Disponible en: http://www.sanutricion.org.ar/files/upload/files/Regionalizacion_Path_Fasciculo_1.pdf
6. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). Principales causas de mortalidad [Internet]. 2016. Quito; 2016. Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/vdatos/>
7. Salas L, Palacio L, Aracena B, Hernández J, Nieto E. Costos directos de las hospitalizaciones por diabetes mellitus en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Revista Gaceta Sanitaria[Internet]. 2016; 32(3):209-215. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021391111630139X>



8. International Diabetes Federation-FID. Atlas de la Diabetes [Internet]. 7^a ed. 2015. ISBN: 978-2-930229-81-2. Disponible en: http://www.fundaciondiabetes.org/upload/publicaciones_ficheros/95/IDF_Atlas_2015_SP_WEB_oct2016.pdf
9. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). Anuario de estadísticas vitales - nacimientos y defunciones 2014. Quito; 2014. Disponible en: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/Publicaciones/Anuario_Nacimientos_y_Defunciones_2014.pdf
10. Niroomand M, Ghasemi SN, Karimi-Sari H, Kazempour-Ardebili S, Amiri P, Khosravi MH. Diabetes knowledge, attitude and practice (KAP) study among Iranian in-patients with type-2 diabetes: A cross-sectional study. Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews [Internet]. 2016;10(1 Suppl 1):S114-119. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26610404>
11. Chapman Sánchez M, García Almaguer R, Caballero González G, Paneque Caballero Y, Sablón Mariño A. Efectividad de intervención educativa en el conocimiento del paciente diabético sobre autocuidados [Internet]. Revista Cubana de Enfermería marzo de 2016;32(1):49-59. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192016000100007
12. García Z. Intervención educativa para el control metabólico y nutricional de pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Hospital Teodoro Maldonado Carbo. Año 2014. [tesis]. Guayaquil: Universidad Católica Santiago de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas; 2014. <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/3175/1/T-UCSG-PRE-MED-259.pdf>
13. Flores Figueroa A, Delgado Abril D. Conocimientos, actitudes y prácticas en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden al centro de atención ambulatoria 302 del IESS en el periodo de mayo a julio, Cuenca-Ecuador, 2015. [tesis]. Cuenca: Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas; 2015.



14. Ministerio de Salud Pública. Diabetes Mellitus tipo 2. Guía de Práctica Clínica. 1ª ed. Quito: Dirección Nacional de Normatización; 2017. P. 12, 26. Disponible en: http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/05/Diabetes-mellitus_GPC.pdf
15. A. Barceló, C.D. Karkashian, E. Duarte de Muñoz. Atlas de educación en diabetes en América Latina y el Caribe: inventario de programas para personas con diabetes tipo 2. Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C. (2002).
16. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Educación de las personas con diabetes mellitus. Guía de la Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD) de Diagnóstico, Control y Tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2. 2000. P. 24. Disponible en: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Guias_ALAD_2009.pdf
17. López López E, Ortiz Gress A, López Carbajal M. Intervención educativa sobre el nivel de conocimientos en pacientes con diabetes y baja o nula escolaridad. Departamento de informática de la facultad de Medicina, UNAM. Revista de Investigación en Educación Médica [Internet]. México. 2016;5(17):11-16. Disponible en: <http://riem.facmed.unam.mx/node/471>
18. Hevia P. Educación en diabetes. Revista Médica Clínica Las Condes. [Internet]. Chile. 2016;27(2):271-276. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-educacin-en-diabetes-S0716864016300165>
19. Devchand R, Nicols C, Gallivan J, Tiktin M, Krause-Steinrauf H, Larkin M, et al. Assessment of a National Diabetes Education Program diabetes management booklet: The Grade experience [Internet]. J Am Assoc Nurse Pract. Washington. 2017;29(5):255-263. Doi: 10.1002/2327-6924.12445
20. Meneses Ramírez C. Conocimientos que tienen los pacientes diabéticos sobre diabetes mellitus tipo 2 en una unidad de medicina familiar. [tesis]. México: Universidad Veracruzana. 2014.
21. Quandt SA, Ip EH, Kirk JK, Saldana S, Chen S-H, Nguyen H, et al. Assessment of a Short Diabetes Knowledge Instrument for Older and



- Minority Adults. Diabetes Educ. North Carolina. 2014;40(1): 68–76.
Available in: <http://doi.org/10.1177/0145721713508824>
22. S.A. Brown, A.A. Garcia, K. Kouzekanani, C.L. Hanis Culturally competent diabetes self-management education for Mexican Americans: The Starr County border health initiative. Diabetes Care [Internet]. 25 (2002), pp. 259-268
23. Toobert D, Hampson S, Glasgow R. The Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure. Diabetes Care [Internet]. Colorado. 2000;23(7): 943–950.
24. Oregon Research Institute. Resumen de la Evaluación de las Actividades de Autocuidado de la Diabetes (SDSCA) [Internet]. Accedido 30 de diciembre de 2017. Disponible en: <http://www.ori.org/sdsca>.
25. Vincent D, McEwen M, Pasvogel A. The Validity and Reliability of a Spanish Version of the Summary of Diabetes Self-Care Activities Questionnaire. Arizona. Nursing Research [Internet]. 2008;57(2):101–106.
26. Vincent D, McEwen M, Pasvogel A. The Validity and Reliability of a Spanish Version of the Summary of Diabetes Self-Care Activities Questionnaire. The American Journal of Nursing. Arizona. 2008;57(2):101-6. Doi: 10.1097/01.
27. Uribe Parra D, Peña Silva R. Validación del Cuestionario de Actividades de Autocuidado en Diabetes (SDSCA) para Colombia. [tesis]. Universidad de los Andes. Facultad de Medicina. Colombia. 2015. Disponible en: <https://documentodegrado.uniandes.edu.co/documentos/6535.pdf>
28. Leal U, Espinoza M, Palencia A, Fernández Y, Nicita G. Intervención educativa en pacientes con estimación de riesgo de diabetes mellitus tipo 2. Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo. 2017. Vol. 21 N° 1.
29. Bautista J, Morilla Herrera J, Villa Estrada F, Cuevas Fernández M, Lupiáñez Pérez I, Morales J. Adaptación cultural al español y validación psicométrica del Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure



- (SDSCA) en personas con diabetes mellitus tipo 2. Atención Primaria. España. 2016;48(7):458-467
30. Goodarzi F, Zahed S, Hassanzadeh A, Esfahani MN, Nourian M, Zamani-Alavijeh F. Los efectos de los mensajes de texto móviles sobre el conocimiento de los hombres con diabetes tipo 2, Irán, 2015: un estudio experimental educativo. [Internet]. 2018; 10 (8): 7243-7248. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6122863/>
 31. Shahram Baraza, Kourosh Zarea, Hajiee Bibi Shahbazian. Impacto del programa educativo de autocuidado en la calidad de vida en pacientes con diabetes tipo II. Irán, 2017. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2017.07.043>
 32. Bächler Roberto M, Orellana C, Cáceres D, Carrasco N, Davidson C et al. Eficacia de un programa educativo estructurado en población diabética chilena. Revista Médica de Chile [Internet]. 2017; 145(2): 181-187. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872017000200005&lng=en. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872017000200005>.
 33. Cruz Y1, Hernandez-Lane ME, Cohello JI, Bautista CT. The Effectiveness of a Community Health Program in Improving Diabetes Knowledge in the Hispanic Population: Salud y Bienestar (Health and Wellness). Jorunal pf Community Health. [Internet]. 2013;38(6):1124-31. Disponible en: DOI: 10.1007/s10900-013-9722-9
 34. Romero Baquedano I. Santos M, Martins T, Zanetti M. Autocuidado de personas con Diabetes Mellitus atendidas en un servicio de urgencia en México. Revista Latino-Americana Enfermagem [Internet]. 2010; 18(6):1195-1202. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000600021&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000600021>.
 35. Torales J, Jara G, Ruiz C, Villalba J. Aspectos Psicopatológicos en el Paciente con Diabetes. Pie Diabético: Manual de Manejo. 1^{ra} Ed. [Internet]. Paraguay: Don Bosco; 2016:16-25. Disponible en:



- https://www.researchgate.net/publication/305379893_Aspectos_Psicopatologicos_en_el_Paciente_con_Diabetes
36. López M., Narváez O. Conocimientos y actitudes de diabetes mellitus en usuarios de dispensarizados del centro de salud y policlínico Francisco Morazán del departamento de Managua en el período de octubre del año 2015. [Internet]. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Facultad de Ciencias Médicas. 2015. Disponible en: <http://repositorio.unan.edu.ni/1602/1/90416.pdf>
37. Flores G, Gálvez C, Miranda D, Pérez M, Rojas G. Manual para educadores en diabetes mellitus. Chile. 2007.
38. Fundación para la diabetes. La diabetes. [Internet]. España. 2015. Disponible en: <http://www.fundaciondiabetes.org/general/82/conozcamosla-mejor>
39. Guzmán-Priego C, Baeza-Flores G, Atilano-Jiménez D, Torres-León J, León-Mondragón O. Efecto de una intervención educativa sobre los parámetros bioquímicos de pacientes diabéticos de un servicio médico institucional. Revista Atención Familiar [Internet]. México. 2017; 24(2):82-86. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S140588711730024X>
40. Flores Pérez M. Síntomas depresivos, autocuidado y control glucémico en personas con diabetes tipo 2. [Internet] [tesis]. Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de Enfermería. México. 2012. Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/5684/1/1080224680.PDF>
41. Guzmán C, Baeza G, Jiménez D, Torres J, Mondragón J. Efecto de una intervención educativa sobre los parámetros bioquímicos de pacientes diabéticos de un servicio médico institucional. Revista de Atención Familiar [Internet]. 2017; 24(2):82-86. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S140588711730024X>



CAPÍTULO IX

ANEXOS

ANEXO

1



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

Nombre y apellido:

.....

C.I......

Edad:..... **Sexo (señale con una X)** ☐ Hombre ☐ Mujer

Nivel de instrucción:.....

Estado civil: Soltero..... Casado..... Viudo..... Divorciado..... Unión libre.....
Separado.....

Nivel socioeconómico(ingreso mensual):.....

Talla:..... **Peso:**..... **IMC:**.....

CUESTIONARIO DE ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO EN DIABETES

Las preguntas a continuación están relacionadas con sus actividades de cuidado personal para la diabetes, durante los últimos 7 días. Si usted estuvo enfermo durante los últimos 7 días, por favor refiérase a los últimos 7 días durante los cuales no estuvo enfermo.

Señale la respuesta con una X o en un círculo ○

Dieta (general)

Número de días

- | | |
|--|-----------------|
| 1. ¿En cuántos de los últimos SIETE días ha consumido una alimentación saludable? | 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 2. En promedio, en el mes pasado, ¿Cuántos DÍAS A LA SEMANA ha consumido una alimentación saludable? | 0 1 2 3 4 5 6 7 |

Dieta (específica)



3. ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS
comió cinco o más porciones de frutas y verduras? 0 1 2 3 4 5 6 7

4. ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS
comió alimentos ricos en grasas como
carne roja o productos lácteos que contienen grasa? 0 1 2 3 4 5 6 7

5. ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS incluyó
dulces o postres en sus comidas? 0 1 2 3 4 5 6 7

Actividad Física

6. ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS
participó en al menos 30 minutos de
actividad física?
(Total de minutos de actividades
continuas, como caminar). 0 1 2 3 4 5 6 7

7. ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS
participó en una sesión de ejercicio específico
(como nadar, caminar, montar en bicicleta)
diferente a lo que se hace normalmente en
la casa o como parte de su trabajo? 0 1 2 3 4 5 6 7

Exámenes de niveles de azúcar en la sangre

8. ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS
se practicó una glucometría? 0 1 2 3 4 5 6 7

9. ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS
se practicó una glucometría la cantidad
de veces recomendada por su médico tratante? 0 1 2 3 4 5 6 7

Cuidado de los Pies

10. ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS
revisó sus pies? 0 1 2 3 4 5 6 7

11. ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS
inspeccionó sus zapatos por dentro? 0 1 2 3 4 5 6 7

12. ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS
se secó entre los dedos después de



lavarse los pies?

0 1 2 3 4 5 6 7

Medicamentos

13. ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS
tomó sus medicamentos recomendados

para la diabetes?

0 1 2 3 4 5 6 7

14. ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS
aplicó las inyecciones de insulina recomendadas?

0 1 2 3 4 5 6 7

15. ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS
tomó el número de pastillas recomendadas

para la diabetes?

0 1 2 3 4 5 6 7

Tabaquismo

16. ¿Ha fumado usted cigarrillo, incluyendo hasta una sola aspiración
durante los últimos SIETE DÍAS?

0. No

1. Si

17. ¿Cuántos cigarrillos fumó en promedio por día?

Escriba el número de cigarrillos: _____

18. ¿Cuánto fue la última vez que fumó un cigarrillo?

- Hace más de dos años o nunca fumé.
- Hace uno o dos años.
- Hace cuatro a doce meses.
- Hace uno a tres meses.
- Durante el último mes.
- Hoy

Gracias por su colaboración.

**ANEXO 2**

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad de una persona.	Tiempo transcurrido	Grupos de edad según el MAIS Adulto joven Adulto Adulto mayor	Ordinal 1.20-39 años 2.40-64 años 3.≥65 años
Sexo	Características físicas externas que identifican a una persona como hombre o mujer	Biológico	Características externas	Nominal 1. Hombre 2. Mujer
Nivel de instrucción	Grado más elevado de estudios realizados o en curso.	Educativa	Escolaridad	Ordinal 1. Ninguna 2. Cursa básica 3. Básica incompleta 4. Básica completa 5. Cursa bachillerato 6. Bachillerato incompleto 7. Bachillerato completo 8. Cursa superior 9. Superior incompleta 10. Superior completa
Estado civil	Condición a la cual está sujeta la vida de una persona.	Legal	Forma establecida en las leyes del Ecuador	Nominal 1. Soltero/a 2. Casado/a 3. Viudo/a 4. Divorciado/a 5. Unión libre 6. Separado/a
Nivel socioeconómico	Medida económica y social de una	Social Económica	MÉTODO GRAFFAR MÉNDEZ	Ordinal



(estrato social)	persona, basada en la profesión del jefe del hogar, nivel de instrucción de la esposa(o) o cónyuge del jefe del hogar, principal fuente de ingresos del hogar, condiciones de alojamiento.		CASTELLAN O Estrato Alto Estrato Medio Alta Estrato Medio Baja Estrato Obrera Estrato Pobreza Extrema	1 I 2.II 3.III 4. IV 5. V
Índice de masa corporal (IMC)	Es una razón matemática que asocia la masa y la talla de un individuo.	Biológico	Clasificación de la OMS Desnutrición Normal Sobrepeso Obesidad	Ordinal 1. ≤ 18.4 2. $18.5-24.99$ 3. ≥ 25 4. ≥ 30
Test de autocuidado de diabetes	Escala numérica que mide la medicación, dieta, actividad física, cuidado de los pies, control de la glucosa en sangre y consumo de tabaco	Nivel de autocuidado	1 último día 2 últimos días 3 últimos días 4 últimos días 5 últimos días 6 últimos días 7 últimos días	Ordinal 1. <5 Sin prácticas de autocuidado 2. >5 Con prácticas de autocuidado

**ANEXO3****CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Nombre.....

Nosotras, Pamela Belén Galarza Pangol y Cristina Fernanda Morocho Pindo, estudiantes de pregrado de la carrera de medicina de la Universidad de Cuenca, estamos por realizar la tesis de grado sobre “Impacto de la intervención educativa en los pacientes de los clubes de diabéticos de los centros de salud Carlos Elizalde, el Valle y San Pedro del Cebollar, Distrito 01D02, Cuenca, 2018.”, bajo la dirección de la Dra. Gabriela Jiménez Encalada; el objetivo del mismo es evaluar el impacto de la intervención educativa en los pacientes diabéticos, para lo cual invitamos a usted a formar parte de este estudio. Se realizará una encuesta para recolectar la información en la primera y última sesión. La misma será mantenida en absoluta confidencialidad por las investigadoras, nadie podrá acceder a su información si su autorización escrita, no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación; y no recibirá remuneración alguna por parte de las investigadoras.

El propósito de este estudio es valorar el cambio en sus actividades de autocuidado posterior a la intervención educativa, la misma que durará cuatro meses repartidas en cuatro sesiones, una en cada reunión mensual del club respectivo. En la última sesión se evaluará el impacto de la intervención mediante la aplicación del mismo test.

La participación para este estudio es estrictamente voluntaria. Sus respuestas al cuestionario serán catalogadas usando su número de identificación para la presentación de los resultados, por lo tanto, su nombre no será revelado.

Si acepta participar en este estudio se le entregará el cuestionario correspondiente al tema de investigación, el cual deberá responder con honestidad.



En caso de tener alguna duda sobre este estudio usted podrá realizar preguntas en cualquier momento, al igual que también podrá abandonar su participación en el momento que lo considere necesario.

Agradéceme anticipadamente su participación.

Habiendo leído y recibido las explicaciones pertinentes de este estudio, yo....., de C.I....., entiendo que la participación es completamente voluntaria, no tiene ningún costo, no existe remuneración alguna, la información será confidencial y útil para cumplir con los objetivos de este estudio.

Por lo tanto, acepto de forma voluntaria participar dentro del mismo.

Firma:.....



ANEXO 4



ANEXO 5

PLANIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA

SESIÓN 1. Duración: 45 minutos

Temas:

- Información sobre la enfermedad (qué es la diabetes, tipos de diabetes)
- Importancia de la dieta
- Importancia del ejercicio físico.

Objetivos:

- Mejorar el nivel de conocimientos acerca de la diabetes.
- Concientizar a las participaciones acerca de la importancia de una adecuada dieta.
- Enseñar los beneficios de realizar ejercicio físico.

Materiales: pizarra, marcador, trípticos, proyector, computadora.

SESIÓN 2. Duración: 45 minutos

Temas:

- Importancia del cuidado de los pies
- Cumplimiento de medicamentos

Objetivos:

- Enseñar a los pacientes la importancia del cuidado de los pies, técnicas adecuadas y las consecuencias de un mal cuidado.
- Enseñar la importancia del cumplimiento de la dosis de su medicación.

Materiales: pizarra, marcador, trípticos, proyector, computadora.

SESIÓN 3. Duración: 45 minutos

Temas:

- Consumo de tabaco
- Complicaciones agudas y crónicas de la diabetes

Objetivos:

- Concientizar a los participantes acerca de las consecuencias del uso del tabaco y la relación con la diabetes.
- Informar sobre las complicaciones tanto agudas como crónicas de la diabetes.

Materiales: pizarra, marcador, trípticos, proyector, computadora

**ANEXO 6****MÉTODO DE GRAFFAR MÉNDEZ CASTELLANO**

Profesión del jefe del hogar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Profesión universitaria 2. Profesión técnica y superior medianos comerciantes o productores. 3. Empleado sin profesión universitaria, bachiller técnico, pequeños comerciantes o productores propietarios. 4. Obreros especializados, parte de los trabajadores del sector informal de la economía (que no posea título profesional). 5. Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía.
Nivel de instrucción de la esposa o conyugue	<ol style="list-style-type: none"> 1. Enseñanza universitaria o su equivalente. 2. Enseñanza secundaria completa. 3. Enseñanza secundaria incompleta. 4. Enseñanza primaria o alfabeto (con algún grado de instrucción primaria) 5. Analfabetas
Principal fuente de ingreso del hogar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fortuna heredada o adquirida 2. Ganancias, beneficios, honorarios profesionales. 3. Sueldo mensual 4. Salario semana por día. 5. Donaciones de origen público o privado.
Condiciones de alojamiento	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vivienda con óptimas condiciones de sanitarias y ambientes de gran lujo y grandes espacios. 2. Vivienda con óptimas condiciones de sanitarias en ambientes con lujo, sin exceso y suficientes espacios. 3. Vivienda con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2. 4. Vivienda con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias. 5. Rancho o vivienda con espacios insuficientes y condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas.



TOTAL	ESTRATO SOCIAL	X
4-6	I	
7-9	II	
10-12	III	
13-16	IV	
17-20	V	

**ANEXO 7**

ITEM	McNemar (p)
DIETA GENERAL	<0,05
DIETA ESPECÍFICA	<0,05
ACTIVIDAD FISICA	>0,05
MEDICIÓN DEL NIVEL DE	
AZUCAR EN SANGRE	<0,05
CUIDADO DE LOS PIES	<0,05
MEDICACIÓN	>0,05
TABAQUISMO	<0,05

Realizado por: las autoras.

Fuente: formularios de recolección de datos.